

зарегистрировали у 6 (16,6%) из 36 пациентов, выдержавших методику процедуры и у 5 (27,7%) из 18 – не выполнивших процедуру в полном объеме.

Во время проведения процедуры у 36 пациентов, выдержавших положение на животе в течение 2 часов и более, оценили динамику ЧДД, ЧСС и САД. Практически у всех пациентов (32 (88,9%) из 36) имели место снижение ЧДД и ЧСС. У 25 (69,5%) пациентов параметры артериального давления не изменились, у 2 (5,5%) – зарегистрировано снижение САД по сравнению с исходным уровнем, а у 9 (25%) – повышение САД.

Выводы.

1. Прональная позиция продолжительностью ≥ 2 часов у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной внегоспитальной двухсторонней полисегментарной интерстициальной вирусной пневмонией средней степени тяжести, ДН I степени может быть использована в качестве респираторной поддержки для поддержания SpO_2 в диапазоне 92-96%.

2. Критерия эффективности prone-позиции по SpO_2 в крови достигли 58,3% пациентов, которые могли находиться в этой позиции более 2 часов, и 48,1% от всех пациентов, подвергшихся процедуре.

Литература:

1. World Health Organization. Global surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-2019). 2020. Available at: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)). – Дата доступа: 20.11.20.

2. Клиническая характеристика 1007 больных тяжелой SARSCoV-2 пневмонией, нуждавшихся в респираторной поддержке / П.В. Глыбочко [и др.] // Клин. фармакология и терапия. – 2020. – Т. 29, №2. – С. 21–29.

3. О мерах по организации оказания медицинской помощи пациентам с признаками респираторной инфекции и принятию дополнительных противоэпидемических мер в организациях здравоохранения : Приказ Минздрава № 296 от 16.03.2020/

УДК 616.831.9-002.3; 616.94

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Грижевская А.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Актуальность проблемы гемофильной инфекции у детей обусловлена ее широким распространением среди населения, полиморфизмом клинических проявлений – от бессимптомного носительства и легких форм (отит, синусит и др.) до тяжелого патологического процесса с явлениями менингита, пневмонии, сепсиса, с частым развитием осложнений (инфекционно-токсический шок, отек мозга) и возможным развитием летального исхода [1]. Гемофильная инфекция чаще всего поражает детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. У детей старших возрастных групп заболевание наблюдается значительно реже. Согласно исследованиям, проведенным в г. Минске [2], в структуре тяжёлых бактериальных инфекций у детей гемофильная инфекция занимает второе место – 21,5%, уступая менингококковой инфекции – 70,7%. Наибольшую восприимчивость к этой инфекции имеют дети с признаками иммунодефицита (как первичного, так и вторичного). Факторами риска считаются: ранний возраст, снижение местной защиты и общей специфической реактивности. Гемофильный сепсис чаще развивается у детей 6–12 месяцев, при этом протекает бурно, нередко как молниеносное заболевание, с септическим шоком и быстрой гибелью пациента. Летальность при этой форме гемофильной инфекции составляет до 40%.

В Республике Беларусь с 2011 года вакцина от гемофильной инфекции включена в Национальный календарь прививок, но она рекомендована детям, имеющим следующие заболевания и состояния: хронический гепатит, цирроз печени, хронические заболевания почек, сердца и легких, иммунодефицитные состояния, муковисцидоз. Вакцины от гемофильной

инфекции являются высоко иммуногенными у младенцев. Более 95% детей вырабатывают защитный уровень антител уже после первичной вакцинации.

Цель исследования – изучить клинико-лабораторные особенности тяжелого течения гемофильной инфекции, закончившейся летальным исходом, у детей, находившихся на лечении в реанимационном отделении УЗ «Витебская областная клиническая инфекционная больница» за период 2015-2019 гг.

Материал и методы. Были проанализированы медицинские карты стационарных пациентов раннего возраста с тяжёлым течением гемофильной инфекции, находившихся на лечении в реанимационном отделении в 2015-2019 гг.

Результаты исследования. Проведено изучение медицинских карт 3 стационарных пациентов детского возраста с тяжёлым течением гемофильной инфекции, закончившейся летальным исходом. Диагноз во всех случаях был подтверждён лабораторно: латекс-тест сыворотки крови на *H. influenzae* типа В – положительный.

Все дети были раннего возраста – от 2 до 3 лет: мальчики 2-х и 2,5 лет и девочка 3,8 лет. Два ребенка проживали в Витебске, один – в Городокском районе. Во всех случаях отмечался отягощенный акушерский анамнез: хроническая гипоксия плода, угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, обострение хронических заболеваний. Все дети на первом году жизни находились на искусственном вскармливании и часто болели ОРВИ.

Продромальный период во всех случаях составил 2 дня. У детей в этом периоде отмечались: повышение температуры до фебрильных цифр, многократная рвота, у двух детей – катаральный синдром, у одного ребенка – послабление стула. Только в одном случае родители обращались за медицинской помощью, но ребенок не был госпитализирован, так как врачом скорой медицинской помощи была недооценена тяжесть состояния девочки 3,8 лет.

Период разгара во всех случаях протекал молниеносно: с утра родители находили детей в крайне тяжелом состоянии: нарушение сознания, субнормальная температура тела, разлитой цианоз, у двух детей на коже обильная геморрагическая сыпь; у одного ребенка сыпи не было, но у него развился судорожный синдром. Машиной скорой помощи дети были доставлены в стационар. Двое детей поступили в реанимационное отделение Витебской областной инфекционной клинической больницы (ВОИКБ), один ребенок поступил в Городокскую ЦРБ, откуда сразу же переведен в ВОИКБ с диагнозом: менингококкемия, инфекционно-токсический шок.

Состояние всех детей при поступлении крайне тяжелое: без сознания, кожные покровы цианотичные, холодные на ощупь, положительный симптом «белого пятна», выраженная тахикардия, дыхание аритмичное, у двух детей множественная сливная геморрагическая сыпь, менингеальный синдром не определялся. У ребенка с судорожным синдромом из назогастрального зонда получено отделяемое из желудка цвета «кофейной гущи». Двум детям с геморрагической сыпью при поступлении выставлен предварительный диагноз: генерализованная менингококковая инфекция, менингококкемия, тяжелое течение, септический шок, отек головного мозга, синдром Уотерхауза-Фридериксена. Ребенку с судорожным синдромом выставлен предварительный диагноз: сепсис, тяжелое течение, инфекционно-токсический шок, отек головного мозга, ДВС-синдром. Учитывая неадекватность дыхания, клинику отека мозга, все пациенты переведены на ИВЛ. Всем детям сразу же начата инфузионная терапия с целью дезинтоксикации и дегидратации, антибактериальная терапия (меропинем, цефтриаксон), дексазон, допамин, свежзамороженная плазма.

При лабораторном обследовании у всех пациентов отмечались сходные изменения: выраженная лейкопения и тромбоцитопения, выраженный палочкоядерный сдвиг, низкие показатели СОЭ, повышение уровня СРБ, низкий протромбиновый индекс, декомпенсированный метаболический ацидоз, повышение уровней мочевины и креатинина, латекс-тест сыворотки крови на *H. influenzae* типа В – положительный.

Во всех случаях, несмотря на проводимую терапию, наступил летальный исход. Девочка скончалась через два часа от момента поступления, мальчики – через 7 часов и через 1,5 суток.

Заключительный клинический диагноз у всех детей: сепсис, вызванный *Haemophilus influenzae*, тяжелое течение. Осложнения: полиорганная недостаточность: септический шок, ДВС-

синдром, надпочечниковая недостаточность, дыхательная недостаточность III, ОРДС-синдром; сердечная недостаточность II; ОПН, ст. анурии; отек мозга; декомпенсированный газовый и метаболический ацидоз.

При патологоанатомическом обследовании подтвердился клинический диагноз. И у всех детей патологоанатомом была выявлена частичная жировая дистрофия вилочковой железы, что трактуется как первичный неклассифицируемый иммунодефицит [3].

Выводы.

1. Во всех рассматриваемых случаях выявлено несвоевременное обращение за медицинской помощью.
2. Все дети имели отягощенный акушерский анамнез, отсутствовало естественное вскармливание на первом году жизни, отмечались частые ОРВИ.
3. Течение гемофильного сепсиса у всех пациентов было молниеносным с развитием септического шока, полиорганной недостаточности.
4. При лабораторном обследовании у всех пациентов отмечались сходные изменения. В общем анализе крови определялась лейкопения, что указывает на неблагоприятный прогноз.
5. У всех детей гемофильная сепсис развился на фоне первичного неклассифицируемого иммунодефицита, что объясняет молниеносное течение заболевания у детей старше 1 года и неблагоприятный исход.

Литература:

1. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 790 с.
2. Астапов, А.А. Этиологическая структура нейроинфекций у детей в Республике Беларусь в XXI веке / А.А. Астапов, А.А. Ластовка. – Минск, 2018.
3. Патология : рук. / под ред. М.А. Пальцева, В.С. Паукова, Э.Г. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 960 с.

УДК 616.24-002.17

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ПРИ COVID-19

Земко В.Ю.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Появление *коронавирусной болезни* (COVID-19) поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи пациентам. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены. Коронавирусы – это большое семейство вирусов, в которое входят вирусы, способные вызывать целый ряд заболеваний у людей – от распространенной простуды до тяжёлого острого респираторного синдрома [1]. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, у 3–4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [2].

Цель. Установить особенности клинического течения и интенсивной терапии тяжелой пневмонии при коронавирусной инфекции.

Материал и методы. Проведено исследование результатов клинического и лабораторного обследования, а также лечения 30 пациентов с внегоспитальной пневмонией тяжелого течения при коронавирусной инфекции. РНК коронавируса SARS-CoV-2 идентифицирована методом полимеразной цепной реакции у всех пациентов из носоглотки и/или ротоглотки, двукратный положительный результат серологических тестов с интервалом в 24 часа имели 23 (78 %) пациента. По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки определяли участки интерстициальной инфильтрации по типу «матового стекла». Лабораторные данные пациентов с пневмонией при коронавирусной инфекции сравнивали с группой пациентов с пневмонией бактериальной этиологией, подтвержденные положительными результатами